

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Déclaration de Maladie

N° W21-601151

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8688 Société : RAM (66239)

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUAHBI ABDELLATIF

Date de naissance : 22/01/67

Adresse : 348 GAF CITY VILLE VERTE BOUSKOUER

Tél : 0661412699 Total des frais engagés : 3218,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BACHIRI Soumia Age : 42 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection gynécologique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 23/03/21

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-601151

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 8688
Nom de l'adhérent(e) : OUAHBI
Total des frais engagés : 3218,00
Date de dépôt :

Adresses Mails utiles

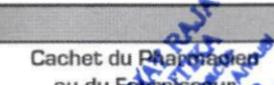
- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

[illegible]

| | | | | |
|----------|-----|--|-------|----------|
| 23.03.21 | C | | 400,- | IN |
| | + E | | | 09225326 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 25/03/2021 | 418.02 |

25/03/2011 418.00

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|--|----------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|  | 09/03/21 | IEN pelaine | 2400 DM |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

05/03/21 ICU bedline 24/00

[illegible][illegible]

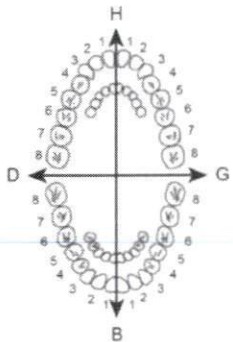
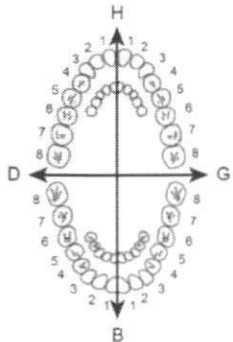
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------|-------------|--|---|--|----------|--|----------|----------|--|----------|---|--|---|----------|--|----------|----------|--|----------|--|---|--|---|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="0"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> | | | | H | | 25533412 | | 21433552 | 00000000 | | 00000000 | D | | G | 00000000 | | 00000000 | 35533411 | | 11433553 | | B | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

INP : | | | | | | | | |

FIN
D'EXECUTION

DATE DE L'EXECUTION

| | | |
|----------|---|----------|
| | H | |
| 25533412 | | 21433552 |
| 00000000 | | 00000000 |
| D | | G |
| 00000000 | | 00000000 |
| 35533411 | | 11433553 |
| | B | |

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

A diagram of a dental arch (maxilla or mandible) showing tooth numbering. The teeth are numbered 1 through 8 on both sides of the midline. The midline is indicated by a vertical line with an arrow pointing upwards, labeled 'H' at the top. The horizontal axis is labeled 'D' on the left. The numbering starts from the central incisors (1) and proceeds laterally to the first molars (2), first premolars (3), second premolars (4), second molars (5), third molars (6), and finally the fourth molars (7 and 8).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH
Dr Abdelaziz ZOUAOU | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

LE : 25 / 03 / 2024

NOM : BACHIRI OUAHBI SONIA

PRODUIT :



CLARISCANTM 0.5 mmol/ml
SOLUTION INJECTABLE 1x15ml

418.50
DOTAREM 10r



CLARISCAN 15 ml



PHARMACIE HANRAJA
BOUTIKA
125 Bis, Hay Kala, des Palmiers Ecl. Anoual
Casablanca - Tel : 022 86 05 25
Docteur en Pharmacie Anoual

www.anoual.ma | E-mail : anoualtel@menara.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | Accueil Général : +212 522 86 09 99/06 11 05 54 68
Imagerie du Sein, Echographies, Densitométrie : +212 522 86 09 89/06 45 28 72 92

IRM | Scanner : +212 05 22 86 09 79/06 11 05 54 82 | Secrétariat Administratif : +212 522 86 28 00 | Fax : +212 522 86 08 93

TP : 36362330 | IF : 01084158 | CNSS : 2103844 | ICE : 001614 006 0000 58 | RIB Banque Populaire : 190 780 21211 1158467 000 921

Dr Amina BENDAHMAN

Spécialiste en gynécologie-obstétrique

Suivi de grossesse - Accouchement

Stérilité du couple - Echographie - Diagnostic prénatal

Chirurgie gynécologique

Colposcopie - Hystérocopie - Cœliochirurgie

Maladie et chirurgie du sein

Ancien médecin chef du centre de dépistage
du cancer du sein et du col - El Fida -



الدكتورة أمينة بندحمان

إخصائية في أمراض النساء و التوليد

مراقبة الحمل - الولادة

العقم عند الزوجين - الفحص بالصدى

الجراحة النسائية والجراحة بالمنظار

تنظير عنق الرحم

أمراض و جراحة الثدي

طبيبة رئيسية سابقا للمركز المرجعي لمحاربة سرطان الثدي

وعنق الرحم - الفداء -

Casablanca Le : 3 MARS 2021

Mr Zaheer Soomai

- Age = 42 ans

- masse latéro: utérine
gauche

→ IRN

20:20

الدكتورة أمينة بندحمان
Dr A. BENDAHMAN
Spécialiste en Gynécologie Obstétrique
1 Oum Rabii Rés. Abouab Oum Rabii Etg 3 N
Oulfa, Casablanca Tél: 0522 91 02 02



Bd Oum Rabii - Rés. Abouab Oum Rabii - Imm.C étage 3 App.9 - CASABLANCA

☎ 05 22 91 02 02 - 06 61 41 44 44 - 07 70 49 49 49 📧 bendahmangyn@gmail.com

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH
 Dr Abdelaziz ZOUAOU | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

M U P R A S

N° Admission : 21003917 N° Facture : 21003850 Date facturation : 25/03/2021

Nom et prénom du patient : **Mme BACHIRI EP OUAHBI SOUMIA**

| PRESTATIONS | Nombre | Prix unitaire | Montant |
|---------------|--------|---------------|--------------------|
| IRM PELVIENNE | 1.00 | 2 400.00 | 2 400.00 |
| | | Sous-Total | 2 400.00 DH |

arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux mille quatre cents dirhams

Total : 2 400.00DH

| | | |
|------------|------------------|------------|
| Adhérent : | Part organisme : | 0.00 DH |
| Mle : | Part patient : | 2400.00 DH |
| PC N° : | | |



Dr Chakib BENNANI-SMIREN | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUN
Dr Abdelaziz ZOUAOU | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Casablanca, le 25 Mars 2021

DR. AMINE BENDAHMAN

Mme. BACHIRI EP OUAHBI SOUMIA

COMPTE RENDU

IRM PELVIENNE :

Indication :

Masse latéro-utérine gauche / 42 ans/ DDR le 05/03/2021/ 3 pares, 3 gestes par césariennes/
dernière grossesse datant de 2016/ dyspareunie depuis 6 mois/ pas d'antécédent particulier.

Technique :

Séquence dans les trois plans de l'espace en pondération T2 sans Fat centrée sur le pelvis,
séquence axiale T1 sans Fat Sat, séquence axiale diffusion B1000, séquence après injection
dynamique de produit de contraste, planche résumée.


Résultat :

- Formation de signal liquidien, au contact de l'ovaire droit, rétro-utérine latéralisée à droite, à paroi fine régulière, discrètement rehaussée après injection de produit de contraste de façon parallèle, moins intense, par rapport au myomètre externe, sans portion solide ou végétation endo ou exokystique notable, sans cloison individualisable. Cette masse mesure 55mm de grand axe. L'ovaire droit à son contact est, par ailleurs, d'aspect normal. Ils semblent séparés par un liseré au moins partiel.
- L'ovaire gauche est d'aspect normal, multifolliculaire, sans lésion kystique notable
- Utérus de taille normale, présentant une isthmocèle antérieure latéralisée à gauche et une petite formation en hyposignal T2 franc, rehaussée de façon parallèle au myomètre, correspondant à un myome partiellement sous séreux, mesurant 10,5mm de grand axe.
- Douglas libre.
- Absence d'adénopathie pelvienne.

Conclusion :

- Formation kystique simple annexielle droite, évoquant un kyste para-ovarien droit plutôt qu'un kyste ovarien exophytique. ORADS 2
- Myome corporel postérieur, partiellement sous séreux, mesurant 10,5mm de grand axe.

DR BOUZIANE MOUNIA

 **RADIOLOGIE ANOUAL**
Oncologie & Diagnostic du Maroc
Dr. Mounia BOUZIANE
RADIOLOGUE

www.anoual.ma | E-mail : anoualtel@menara.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | Accueil Général : +212 522 86 09 99/06 11 05 5

Imagerie du Sein, Echographies, Densitométrie : +212 522 86 09 89/06 45 28 7

IRM | Scanner : +212 05 22 86 09 79/06 11 05 54 82 | Secrétariat Administratif : +212 522 86 28 00 | Fax : +212 522 86 0

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE GYNECOLOGIQUE

NOM : Bachiri
AGE : 42

PRENOM : Soumna
DATE : 23 MARS 2021

MOTIF : douleurs pelviennes

UTERUS : ☒ Antéversé ☐ Rétro versé ☐ Intermédiaire
☒ Echo-structure : régulière Myome
☐ Endomètre : épaisseur de mm 0,65

ANNEXE DROITE : ☐ Ovaire droit : mesurant 2,22 mm
☐ Follicule(s) : mesurant mm
☐ Kyste : mesurant mm

image arrondie anéchogène avasculaire
mesurant 4,8 / 4,72
ANNEXE GAUCHE : ☐ Ovaire gauche : mesurant mm
☐ Follicule : mesurant mm
☐ Kyste : mesurant mm

EPANCHEMENT : Oui ☒ Non ☐ minime ☐ moyen ☐ abondant

aéroscopie

CONCLUSION : Kyste fonctionnel de l'ovaire gauche.